



0%



**BID**

Banco Interamericano de Desarrollo

**Salud Mesoamerica 2015 (SM2015)**

**Página de inicio de sesión para la encuesta de establecimientos de salud**

► ID:

**Revisión del registro médico**

**1. Identificación del centro:**

- ☐ ADOLFO RUIZ CORTÍNEZ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ALDAMA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ AMPARO AGUA TINTA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ BACHAJÓN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ BUENA VISTA SAN JOSÉ NAPILÁ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CANOLLJA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CARAVANA TIPO 0 JUC'NIL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CARAVANA TIPO 0 SAN JOSÉ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CARAVANA TIPO 1 YA'ALTZEMEN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL CHIOLJA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL EL MANGO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL SAN MIGUEL LA SARDINA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL TZAJALCHÉN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL YAXALA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL YIBELJOJ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CESSA SAN LUCAS / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHACAMAX / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHACHALACA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHANAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHENALHÓ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHIOLJÁ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHOCOLJAITO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHULNA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CHUTALILJÁ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CLÍNICA DE LA MUJER PALENQUE / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CLÍNICA DE LA MUJER SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS / Unidad de Consulta Externa
- ☐ CRUZ CHOT / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EBEN EZER / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EL GUANAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EL PROGRESO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ EMBARCADERO APIC - PAC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ESQUIPULAS / Unidad de Consulta Externa
- ☐ FILADELFIA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ GUADALUPE VICTORIA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ HOSP. BÁSICO COMUNITARIO CHALCHIHUITÁN / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSP. BÁSICO COMUNITARIO TEOPISCA / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO DE LARRAINZAR / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO DE SANTO DOMINGO / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO OXCHUC / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO SAN JUAN CHAMULA / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL DE LAS CULTURAS / Unidad de Hospitalización
- ☐ HOSPITAL INTEGRAL LAS MARGARITAS / Unidad de Hospitalización
- ☐ ICALUMTIC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ IGNACIO ZARAGOZA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ JERUSALÉN / Unidad de Consulta Externa

- ☐ LA AURORA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ LA LAGUNA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ LA PALMA UNO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ LAS LIMAS / Unidad de Consulta Externa
- ☐ MESBILJA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NATILTÓN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NUEVA PALESTINA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NUEVA SANTA MARGARITA AGUA AZUL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NUEVO HUIXTÁN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ NUEVO VERACRUZ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ OCOSINGO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ OCOTAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ OXCHUC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PALENQUE / Unidad de Hospitalización
- ☐ PALENQUE / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PANTELHÓ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PROGRESO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PUEBLO NUEVO SOLISTAHUACÁN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ PUYIPA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ RAFAEL RAMÍREZ / Unidad de Consulta Externa
- ☐ RAUDALES MALPASO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SALTO DE AGUA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS / Unidad de Hospitalización
- ☐ SAN FRANCISCO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN JUAN CANCUC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN JUAN CHAMULA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN PEDRO LA TEJERÍA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SAN QUINTÍN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SANTA CECILIA EL PEDREGAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SANTA RITA 1ª SECCIÓN (MICHOL) / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SANTIAGO EL PINAR / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SIBERIA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ SIMOJOVEL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ TECPATAN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ TENEJAPA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ TILA / Unidad de Hospitalización
- ☐ TZAMETAL / Unidad de Consulta Externa
- ☐ VENUSTIANO CARRANZA / Unidad de Consulta Externa
- ☐ XAXAJATIC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ YABTECLUM PUEBLO NUEVO / Unidad de Consulta Externa
- ☐ YAJALÓN / Unidad de Hospitalización
- ☐ YAJALÓN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ZACUALPA ECATEPEC / Unidad de Consulta Externa
- ☐ ZINACANTÁN / Unidad de Consulta Externa
- ☐ Otro

---

2. Identificación del unidad médica:

---

3. Fecha:

 (DD/MM/AAAA)

---

4. Identificación 1 del entrevistador

---

5. Identificación 2 del entrevistador

---

6. Tipo de unidad médica

- ☐ Casa de Salud
- ☐ Centro de Salud con hospitalización
- ☐ Centro de Salud con Servicios Ampliados
- ☐ Clínica de Especialidades
- ☐ Centro de Salud Rural de 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Rural de 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Rural de 03 o más núcleos básicos
- ☐ Unidad de Especialidades Médicas
- ☐ Unidad móvil

- ☐ Centro de Salud Urbano con 01 núcleo básico
- ☐ Centro de Salud Urbano con 02 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 03 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 04 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 05 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 06 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 07 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 08 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 09 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 10 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 11 núcleos básicos
- ☐ Centro de Salud Urbano con 12 o más núcleos básicos
- ☐ Hospital especializado
- ☐ Hospital general
- ☐ Hospital integral (comunitario)

**Preguntas generales**

Revise el expediente médico del caso seleccionado, y registre la información solicitada

7. Edad:

-1 = no registrada

8. Alfabetismo:

- ☐ Alfabeta
- ☐ Analfabeta
- ☐ No registrado

9. Educación

- ☐ Ninguna
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Preparatoria
- ☐ Universidad
- ☐ No registrado

10. Estado civil

- ☐ Casada(o)
- ☐ Unión libre
- ☐ Soltera(o)

☐ Otro (especificar):

☐ No registrado

11. ¿Qué tipo de atención se recibe la mujer en este establecimiento?

(SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- ☐ Atención prenatal
- ☐ Atención al nacimiento
- ☐ Atención posparto

**Consultas de atención prenatal**

12. Revise la sección de atención prenatal del expediente y marque el número de visitas de atención prenatal que tuvo la mujer:

- ☐ Número:
- ☐ No registrado

13. Edad gestacional del niño

- ☐ Edad:  semanas
- ☐ No registrado

14. Registre quién dio la atención prenatal

- ☐ Médico
- ☐ Enfermera
- ☐ Partera
- ☐ Trabajador de salud comunitario
- ☐ Pasante de servicio social
- ☐ Otro (especificar)
- ☐ No registrado

15. Registre si se efectuaron las siguientes mediciones en cada visita de atención prenatal

--	--

	Registrado	No registrado
Peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altura uterina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflejos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos en la atención prenatal en relación al feto. También registre la fecha de la primera visita de atención prenatal en que fueron registrados

16. 1.ra visita Fecha (DD/MM/AAAA)

Frecuencia cardiaca fetal

Movimiento fetal

17. Revise la sección de atención prenatal del expediente médico y anote si se registraron los siguientes aspectos en la atención prenatal en relación al feto.

	Registrado	No registrado
Frecuencia cardiaca fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimiento fetal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Anote si se realizaron los siguientes análisis al menos una vez durante las visitas de atención prenatal

	Sí	No
Grupo sanguíneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Factor RH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glucosa en sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ordenó prueba de VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plaquetas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido úrico en sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acido úrico en orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VDRL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concentración de Hb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen general de orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Se administró toxoide tetánico:

(SELECCIONE UNO POR FILA):	Sí	No
1.ra dosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.a dosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Se hizo prueba de anticuerpos para rubeola

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

21. Fecha de última menstruación

- ☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado

22. Fecha de primera visita a atención prenatal

- ☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado

23. ¿Cuál fue el resultado del embarazo?

- ☐ Nacimiento
- ☐ Aborto
- ☐ Mortinato

- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Atención al nacimiento**

24. Fecha de ingreso

- ☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado

25. Hora de ingreso

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

26. Fecha en que ocurrió el nacimiento

- ☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)
- ☐ No registrado

27. Hora en que ocurrió el nacimiento

- ☐ Hora:  (HH:MM)
- ☐ No registrado

28. Mujer acompañada por una trabajadora comunitaria para atender el nacimiento en la unidad médica

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

29. Mujer acompañada por una partera para atender el nacimiento en la unidad médica

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No registrado

Registre si se administró a la mujer:

30.	Administrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Oxitocina	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros uterotónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

31. Forma de administración de la oxitocina:

- ☐ Intramuscular
- ☐ Intravenosa
- ☐ No registrado

32. Partograma

- ☐ Incluido en el expediente y llenado
- ☐ Incluido pero no llenado
- ☐ No incluido

33. Tipo de nacimiento

- ☐ Parto vaginal
- ☐ Parto con ventosa
- ☐ Parto con forceps
- ☐ Parto vaginal con feto en presentación podálica
- ☐ Cesárea de emergencia
- ☐ Cesárea electiva
- ☐ Otro (especificar):
- ☐ No registrado

**Período posparto**

Revise la información de atención post-parto y registre si se realizaron las siguientes mediciones después del nacimiento

34.	Número de veces durante las primeras 3 horas	4 veces en la primera hora (si/no)	2 veces en la segunda hora (si/no)	2 veces en la tercera hora (si/no)
Presión arterial diastólica	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial sistólica	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulso	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Involución uterina	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presencia de sangrado anormal o hemorragia vaginal	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Características de loquios	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Revise la sección de egreso en el expediente médico y anote cuántas veces se realizaron las siguientes mediciones

35.	Registrado (si/no)	Valores	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (especifique) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Revise la sección de egreso en el expediente médico y anote cuántas veces se realizaron las siguientes mediciones

36.	Registrado (si/no)
Involución uterina	<input type="checkbox"/>
Presencia de sangrado anormal o hemorragia vaginal	<input type="checkbox"/>
Características de loquios	<input type="checkbox"/>

37. Persona que dio la atención post-parto para la madre

- ☐ Médico  
☐ Enfermera  
☐ Partera  
☐ Trabajador de salud comunitaria  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Otro (especificar):   
☐ No registrado

38. Tipo de nacimiento:

- ☐ Un solo bebé  
☐ Múltiple  
☐ No registrado

39. Sexo del bebé:

- ☐ Masculino  
☐ Femenino  
☐ No registrado

40. Persona que atendió al recién nacido después del nacimiento

- ☐ Médico  
☐ Enfermera  
☐ Partera  
☐ Pasante de servicio social  
☐ Nadie  
☐ Otro (especificar):   
☐ No registrado

Registre si los siguientes procedimientos se realizaron al bebé y registre la fecha y hora para cada procedimiento

41.	Registrado	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Administración de vitamina K.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Administración de oxitetraciclina oftálmica como profilaxis o clorafenicol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Curación del cordón umbilical con agua y clorhexidina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evaluación para presencia de malformaciones	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Evaluación del color de la piel

Administración de vacuna BCG

Anote si se realizaron las siguientes mediciones, sus valores y fecha y hora de la primera medición

42.	Registrado (si/no)	Valor	Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora (HH:MM)
Medición de APGAR 1 minuto	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medición de APGAR 5 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Circunferencia cefálica	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

43. Recibió la mujer anticoncepción

- ☐ Sí  
☐ No  
☐ Referida  
☐ No registrado

44. Método anticonceptivo recibido

- ☐ Condón  
☐ DIU  
☐ Píldoras  
☐ Ligadura de trompas  
☐ Ritmo  
☐ Otro (especificar):   
☐ No registrado

45. Resultado final de la estancia de la mujer en el hospital:

- ☐ Murió en el hospital  
☐ Egresó para su casa  
☐ Transferida a otra unidad médica  
☐ Egresó contra las indicaciones médicas  
☐ Desconocido  
☐ Otra (especificar):   
☐ No registrado

46. Razón por la que fue referida:

- ☐ Complicaciones durante el nacimiento  
☐ Complicaciones maternas durante el nacimiento  
☐ Complicaciones neonatales  
☐ Otro  
☐ No registrado

47. Lugar a donde fue referida:

48. Fecha de egreso/referencia

- ☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)  
☐ No registrado

49. Hora de egreso/referencia

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

50. Fecha de defunción

- ☐ Fecha:  (DD/MM/AAAA)  
☐ No registrado

51. Hora de defunción

- ☐ Hora:  (HH:MM)  
☐ No registrado

52. Escriba comentarios relevantes acerca de esta sección



**Usted ha llegado al final de este parte de la encuesta.**

Por favor haga clic en el botón "enviar" para enviar sus respuestas y cerrar la encuesta. Usted no podrá revisar ninguno de los ingresos luego de hacer clic en el botón "enviar".

Si piensa que ha llegado a esta página por error, sírvase hacer clic en el botón "anterior" y revisar sus respuestas según sea necesario.

Gracias por su tiempo el día de hoy.

Powered by DatStat